THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Année 1915 — N° 400

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mlle Necha GOLDBERG
Née à Chomsk (Russie), le 11 avril 1887

DE L'UTILITÉ

DE

L'abaissement prophylactique du pied

DANS

L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

Président : Paul BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A Madame GUSTAVE GOMPEL

En témoignage de mon respect profond et de ma bien vive gratitude.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LEQUEUX

Professeur agrégé

Nous sommes heureuse de lui adresser ici nos bien sincères remerciements pour les précieux conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail et pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur à la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En reconnaissance du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien des Enfants-Malades

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôpital Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNAND BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital de la Charité

A MM. LES DOCTEURS JEANNIN, BRINDEAU

Professeurs agrégés
Accoucheurs des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

Ancien chef de Clinique

MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIBERT

Ancien interne des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉLANET

DE L'UTILITÉ
De l'Abaissement Prophylactique du pied
DANS
L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

HISTORIQUE

L'abaissement prophylactique du pied au cours de l'accouchement par le siège est une manœuvre qui dérive, en ligne droite, dans son exécution, sinon dans son esprit, de celles auxquelles recouraient les anciens auteurs en présence d'un accouchement par le siège.

Anciennement, en effet, ce mode de présentation était considéré comme dystocique au premier chef, nécessitant toujours une intervention, et l'on comprend l'émotion des accoucheurs à ces époques, en présence d'un siège, qu'ils réputaient incapable de se terminer spontanément.

Le premier, Ambroise Paré convient que « de semblables accouchements offrent à la vérité quelques difficultés, mais que cependant la nature peut en venir à bout et que l'art ordinaire n'y trouve rien d'invincible ». Néanmoins, il est de règle admise

d'essayer toujours de ramener la « tête au couronnement », précepte observé encore aujourd'hui, mais de façon plus rationnelle, par la version par manœuvres externes.

Si le siège ne pouvait être mobilisé, les anciens accoucheurs cherchaient avant tout, sans s'occuper de la variété de la présentation, à terminer rapidement cet accouchement, qu'ils considéraient comme contre nature (Mauriceau). Guillemeau fut un des premiers à conseiller de tirer sur les pieds chaque fois qu'on ne pouvait ramener la tête en bas. Mauriceau, dans sa troisième édition, d'accord avec Peu, préconise lui aussi l'accouchement forcé dans les présentations du siège, et conseille d'aller chercher les pieds dès le diagnostic fait, en hâtant, si besoin est, la dilatation du col avec la main. Mais, plus tard, il revient sur son opinion, et nous le trouvons moins interventionniste dans sa septième édition, où il exprime l'avis de laisser plutôt les choses aller, sans rien faire.

Ce revirement d'esprit persiste, et au XVIII[e] siècle l'opinion classique, qu'expriment Delamotte, Levret, Smellie, Baudelocque, est qu'il convient de rejeter l'accouchement forcé et d'attendre, dans la présentation du siège, une indication nette pour intervenir. De fait, les fractures du fémur qu'avaient entraînées les manœuvres de force de Peu et de Mauriceau étaient peu faites pour encourager dans cette voie.

Néanmoins, parmi toutes les variétés de présentation de l'extrémité pelvienne, la présentation du

siège décomplété, mode des fesses, restait considérée comme dystocique ; aussi les auteurs, attirés par la fréquence assez grande des accidents fœtaux au cours de cet accouchement, cherchèrent-ils à améliorer son pronostic, tout en évitant les procédés d'extraction rapide, et par là même plus dangereux que la simple expectation, qu'avaient préconisée leurs prédécesseurs.

C'est Ahlfeld qui, en 1872, conçut dans son véritable esprit le traitement *prophylactique*, la manœuvre de l'abaissement du pied ; car si le procédé avait déjà été vanté par Mauriceau, le but n'en était plus du tout le même. Alors qu'au XVII^e^ siècle on considérait l'abaissement d'un pied comme un temps préparatoire de l'extraction fœtale qui suivait immédiatement, pour Ahlfeld cette manœuvre n'a d'autre objet que de lever les difficultés éventuelles ultérieures et de mettre à la disposition de l'accoucheur un tracteur en cas de danger. Spiegelberg, puis Mangiagalli, en 1878, adoptèrent cette méthode, sans cependant en faire une technique à appliquer en toutes circonstances : ils la réservèrent aux primipares, aux bassins généralement rétrécis et aux procidences du cordon.

En 1889, M. Pinard et son élève Mantel, précisèrent la technique de l'abaissement prophylactique du pied ; cette étude fut reprise quelques années plus tard par M. Potocki, qui étendit la méthode et préconisa l'abaissement du pied comme traitement curatif de la présentation du siège, une fois celui-ci

descendu dans l'excavation. Nous verrons, plus loin, les discussions auxquelles cette étude a donné lieu ; parmi ceux qui s'élevèrent durant ces dernières années contre la trop grande valeur thérapeutique, que tendait à prendre la manœuvre de l'abaissement du pied, nous trouverons les noms de MM. Bonnaire (*in* thèse de Bloc), Dubrisay, Porak, Maygrier, Puech, Loviot qui, sans rejeter ce procédé, ont cherché à préciser ses indications réelles et ses exactes conditions d'application.

Dans les chapitres suivants, nous étudierons successivement :

1° Les différentes techniques de l'intervention ;

2° Les indications d'ordre général ;

3° Les indications spéciales suivant les différents temps de l'accouchement où on est amené à la pratiquer ;

4° Enfin, les résultats que cette méthode a donnés dans la pratique de différents auteurs, et notamment à la clinique Tarnier, dans ces six dernières années.

TECHNIQUE

Les anciens auteurs, ainsi que nous l'avons vu, avaient préconisé l'abaissement du pied du fœtus comme le premier temps de l'extraction du siège ; ils voyaient donc, en cette manœuvre, le début d'une extraction de force. De nos jours, l'abaissement prophylactique du pied est tout autre dans son esprit et dans son but : il ne cherche qu'à écarter les difficultés éventuelles de l'expulsion du siège, que les contractions utérines doivent seules accomplir en règle générale. Il convient donc d'éviter, dans l'exécution de cette intervention, toute manière de faire qui pourrait causer un dommage soit à la mère, soit au fœtus.

Du côté de la mère, l'introduction trop brutale, trop profonde de la main de l'accoucheur à l'intérieur de l'utérus peut, de toute évidence, amener une rupture du segment inférieur. Secondairement, elle peut déterminer, au niveau des voies génitales inférieures, une amorce de déchirure périnéale, que viendra agrandir le passage de l'enfant.

Du côté du fœtus, une recherche trop brutale et un abaissement mal dirigé des pieds ont bien souvent,

d'après les relations des anciens auteurs, été la cause de fractures du fémur, de laxité de l'articulation du genou, laissant l'enfant infirme pour la vie.

Aussi, quand, sous l'impulsion d'Ahlfeld, l'abaissement d'un pied fut proposé comme traitement prophylactique de la présentation du siège mode des fesses, les auteurs qui adoptèrent cette manœuvre se sont-ils tous efforcés de la régler dans tous ses détails, afin d'en faire une intervention de douceur, sans danger ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Avant d'étudier les différentes techniques de l'abaissement prophylactique du pied, disons de suite qu'assez souvent, chez les primipares (et nous verrons plus loin que c'est chez elles que l'abaissement du pied se trouve le plus souvent indiqué), l'introduction de la main à l'intérieur du vagin est rendue pénible par l'étroitesse des parties molles ; que si on insiste malgré tout, on amorce, en général, une déchirure du périnée qui risque de se compléter, et d'intéresser le rectum lors de la sortie du fœtus. Aussi doit-on réputer de bonne pratique, dans ces cas, l'épisiotomie préopératoire simple ou double suivant les circonstances (Bar). Cette petite intervention surajoutée rendra possible l'introduction de la main, facilitera la sortie du fœtus et permettra, une fois l'accouchement terminé, une réparation exacte et rapide du périnée.

Les procédés proposés pour abaisser un pied dans le siège décomplété, modes des fesses, sont au nombre de trois.

I. — *Procédé de Barnes*

Barnes conseille d'introduire directement la main au fond de l'utérus pour saisir un pied et l'abaisser. C'est là une manœuvre difficile et dangereuse, parce qu'elle nécessite l'introduction de la main entière de l'accoucheur à l'intérieur de l'utérus ; elle agit au-dessus de l'anneau de Bandl et, dans un utérus tant soit peu rétracté, elle peut déterminer une tension excessive du segment inférieur.

Le procédé de Barnes se rapproche par la brusquerie de sa manœuvre au premier temps de l'accouchement forcé des anciens ; il va droit au but et ne cherche en rien, par un artifice quelconque, à éviter cette pénétration en force de la main qui va saisir le pied : par là même, il semble devoir être rejeté.

Les deux autres procédés remédient à cet inconvénient. Ils tournent la difficulté, l'un et l'autre, d'une manière différente, mais ils évitent de conduire les doigts de l'accoucheur jusqu'au niveau des pieds du fœtus, relevés au fonds de l'utérus. Ainsi la main ou tout au moins son talon, sa partie la plus large, reste au-dessous de l'anneau de Bandl.

Tout naturellement, les différents temps de l'abaissement prophylactique du pied, quel que soit le procédé employé, devront être exécutés entre les contractions utérines, suivant en cela le précepte commun à toutes les interventions intra-utérines.

II. — *Procédé de Tarnier*

Dans ce procédé, renouvelé de Mme Lachapelle, on cherche à abaisser le pied du fœtus, en agissant à la fois sur le genou du fœtus et l'extrémité supérieure de sa jambe relevée. Dans ce but, après avoir mis la femme en attitude obstétricale, les jambes maintenues par deux aides, on introduit la main dans l'utérus, qui, dans sa position naturelle, se trouve correspondre au dos du fœtus ; c'est donc la main de nom contraire à la position. On la glisse à plat, les pulpes des doigts regardant en arrière, entre l'arc antérieur du bassin et le membre pelvien antérieur relevé du fœtus.

Progressivement, on pousse l'index et le médius jusqu'au delà du genou, tandis que le pouce va se loger dans le creux poplité fœtal ; on fait alors agir synergiquement les trois doigts, tout en refoulant en adduction, c'est-à-dire vers l'axe, vers le ventre du fœtus, le membre inférieur relevé ; la jambe se plie sur la cuisse, sollicitée par l'appui du pouce au niveau du creux poplité et par la pression qu'exercent l'index et le médius sur la partie supérieure du tibia.

Les doigts n'ont plus alors qu'à glisser le long de la jambe ainsi fléchie, pour saisir le pied et le descendre dans le vagin, en ayant soin, de peur qu'il n'échappe, de l'enfourcher entre l'index et le médius, suivant le procédé classique.

III. — *Manœuvre de Pinard-Mantel*

Cette manœuvre, proposée par M. Pinard, décrite par Mantel dans sa thèse, reprise depuis par M. Potocki, diffère du procédé de Tarnier par l'artifice dont elle use pour amener le pied au niveau des doigts de l'accoucheur ; elle détermine le flexion de la jambe fœtale d'une façon encore plus indirecte et permet d'obtenir le résultat cherché en introduisant la main encore moins profondément.

Pour aller à la recherche du bon pied, du pied antérieur, on se sert de la main qui, dans l'attitude naturelle, c'est-à-dire intermédiaire à la pronation et à la supination, a la paume tournée vers le plan ventral du fœtus. La main à introduire dans les voies génitales sera donc l'homonyme de la position du fœtus. Si par suite d'une anomalie dans le mouvement de rotation du siège, celui-ci se trouve en orientation directe antérieure ou postérieure, on pourra employer l'une ou l'autre main, car abaisser l'un ou l'autre pied devient indifférent ; néanmoins, si l'on connaît l'orientation primitive du siège, il est toujours préférable d'introduire la main correspondante.

La main, ainsi introduite, se glisse le long des cuisses relevées du fœtus jusqu'à ce que les extrémités de l'index et du médius atteignent le creux poplité du membre pelvien antérieur ; on arrête alors la progression de la main, il est inutile qu'elle remonte plus haut.

L'index et le médius sont donc appliqués tout le long de la face postérieure de la cuisse, empiétant un peu sur sa face interne; l'extrémité de ces deux doigts arrive au niveau du « creux du jarret ». L'annulaire et le petit doigt, plus inférieurs et plus internes, se logent vers le pli de l'aine et le pubis du fœtus, tandis que le pouce vient se placer au niveau de l'iliaque ou même presque sur le sacrum.

Pour amener le pied du fœtus au niveau des doigts, on appuie plus ou moins fortement, mais toujours avec grande précaution, avec l'index et le médius sur le creux poplité du fœtus, pendant qu'on dirige la cuisse du fœtus en abduction, c'est-à-dire qu'on la fait glisser vers le flanc. Par cette manœuvre, on exagère la flexion et l'abduction de la cuisse, et ce déplacement entraîne le raccourcissement des membres ischio-jambiers, et secondairement, la flexion de la jambe sur la cuisse. Celle-ci devient donc accessible aux doigts de l'opérateur, dont elle vient effleurer la face dorsale ; il est aisé alors, avec le doigt, d'accrocher la jambe, puis le pied du fœtus, et d'abaisser celui-ci, en assurant la prise ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La manœuvre de Pinard-Mantel est le procédé le plus couramment employé pour pratiquer l'abaissement prophylactique du pied. C'est lui qui, de tous, nécessite l'introduction la moins profonde de la main de l'accoucheur, et à ce titre, il mérite la faveur dont il jouit.

Il apparaît aussi, dans la plupart des cas, comme

d'exécution plus aisée que le procédé de Tarnier, dans lequel la main éprouve parfois quelque peine à s'introduire entre l'arc antérieur du bassin de la mère et la place latérale du fœtus.

Quel que soit le procédé employé, M. Bonnaire recommande de ne pas abaisser le membre en totalité, mais de fléchir simplement la jambe sur la cuisse en abaissant à moitié le pied ; cet abaissement partiel aurait l'avantage d'augmenter le volume du massif pelvien, préparant ainsi un passage plus facile aux épaules et à la tête dernière.

C'est là une légère modification à la technique habituelle, au même titre que la pratique des accoucheurs lyonnais qui, de la main restée libre, cherchent à rapprocher par des manœuvres externes le pied que l'on veut saisir de la main qui le cherche ; c'est ce qu'ils appellent la manœuvre du « refoulement du genou » (Fabre, Desmaroux).

INDICATION ET CONTRE-INDICATION

Nous avons vu, en passant rapidement en revue les opinions des accoucheurs sur la présentation de l'extrémité pelvienne, que cette présentation, d'abord considérée comme des plus redoutables, a vu actuellement, et fort justement, son pronostic s'éclaircir de singulière façon. Cependant, d'une manière générale, le pronostic de l'accouchement en présentation du siège est sensiblement moins favorable que dans la présentation du sommet. La mortalité maternelle est de 1 o/o (Hégar) et la morbidité est assez élevée ; les déchirures du col, les effractions périnéales souvent très étendues, parfois même centrales (Bonnaire) sont assez fréquentes. Mais c'est pour le fœtus que l'accouchement en présentation du siège est surtout dangereux. Toutes les statistiques proclament sa mortalité élevée. Pajot la fixe à 14 o/o, Winckel à 20 o/o, Hecker à 22 o/o. Mais ces chiffres méritent d'être revisés. Bon nombre de morts fœtales se rapportent à des complications indépendantes de la présentation du siège ; les statistiques ainsi expurgées donnent des chiffres bien diminués :

Cocagne (service de M. Pinard) trouve 3,57 o/o de mortalité fœtale ; Maniel, 8,43 o/o ; Hauvuy, 5,33 o/o.

Aussi, de nos jours, la plupart des accoucheurs considèrent-ils la présentation du siège, exception faite de quelques cas spéciaux comme le placenta prævia, comme une présentation sensiblement plus défavorable que celle du sommet. Si donc, pour une raison quelconque, la version par manœuvres externes n'a pu être pratiquée au cours de la grossesse, on est en droit de se demander, devant une présentation du siège, s'il faut agir et chercher à la modifier, une fois le travail déclaré, s'il faut s'efforcer à ce but, dans tous les cas, et si l'abaissement prophylactique du pied modifie la présentation du siège d'une façon heureuse et rationnelle, en agissant suivant la logique.

Il convient tout d'abord, en examinant cette question, de séparer complètement les présentations du siège complet de celles du siège décomplété, mode des fesses.

A. — *Siège complet.*

Quand le fœtus se présente avec les petits membres autour de l'extrémité pelvienne, la question de l'abaissement prophylactique du pied ne se pose pas dans la grande majorité des cas. — En effet, dans ces circonstances, rien ne presse pour aller chercher un pied, qu'on est toujours à même d'amener dans le vagin au cours de l'accouchement, si un incident quelconque, du fait de la mère ou de l'enfant, oblige à une extraction rapide ; le tracteur est au niveau de la présentation, à portée

de la main, et il est toujours loisible de pratiquer un abaissement du pied, non pas prophylactique, mais curatif, à vrai dire, puisque l'extraction du fœtus le suivra immédiatement.

Quelques auteurs, cependant, ont proposé l'abaissement réellement prophylactique d'un pied, dans la présentation du siège complet, pour éviter un incident qui se produit parfois au cours de cette présentation : nous voulons dire le relèvement des membres inférieurs du fœtus, au début du travail ; mais cette transformation d'un siège complet en décomplété se fait, d'une part, à un moment peu avancé du travail et, pour l'éviter, il conviendrait donc d'abaisser avant la dilatation complète.

D'autre part, cette transformation de la présentation n'est pas, à vrai dire, bien redoutable ; les sièges décomplétés au cours du travail, secondaires, bien qu'ils calquent le mécanisme de leur explusion sur celui des sièges décomplétés primitifs, sont d'un pronostic bien meilleur que ceux-ci : la modification de la présentation qui survient au cours de l'accouchement, influe très peu sur les difficultés du travail, et l'expulsion de l'enfant se passe aussi bien que si le présentation était demeurée celle du siège complet.

Donc, le danger du siège décomplète secondaire est illusoire, et ce serait faire une faute que de pratiquer l'abaissement prophylactique d'un pied devant une présentation du siège complet, d'abord parce que cette méthode réduit le volume de la présentation, ensuite et *surtout*, parce que toute manœuvre

sur le siège expose à la procidence du cordon, donc à un danger bien plus grand que celui, hypothétique, qu'on cherchait à éviter (Bar).

B. — *Siège décomplété, mode des fesses.*

La question est toute différente et nécessite une discussion plus serrée, quand on envisage la présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Budin (Soc. moder. Paris, 1881) a bien montré qu'il existait une présentation du siège, mode des fesses, primitive, franche, définitive, constatée au cours de la grossesse, s'engageant même parfois avant tout début de travail (Henrionnet) ; c'est elle qu'on rencontre dans les utérus infantiles et dans les cas d'oligamnios, où le fœtus occupe sous le plus petit volume tout l'espace utilisable. Dans d'autres cas, le fœtus, gêné par un éperon, une ébauche de cloison intra-utérine, comprimé par une tonicité utéro-abdominale anormalement exagérée, ne peut évoluer dans l'utérus. Quoi qu'il en soit des causes de la présentation du siège décomplété, mode des fesses, celle-ci apparaît, comme la variété la plus fréquente des présentations du siège.

A première vue, dans ce mode de présentation, l'absence de tout point d'appui sur le fœtus, le manque de tout tracteur, de toute prise sur la présentation rendent logique l'abaissement prophylactique du pied, qui permettra de remédier rapidement, si

besoin est, à tout incident au cours de la progression du fœtus. Et, à la vérité, à considérer le mécanisme de cette progression, on peut craindre de fréquentes difficultés. En effet, c'est par un simple pelotonnement, un tassement de la présentation que celle-ci s'engage au détroit supérieur ; puis elle descend dans le petit bassin ; mais arrivé au détroit inférieur, le siège doit se porter en avant, poursuivre l'axe du détroit inférieur, et ce changement de direction ne se fait pas par une courbe à grand rayon, mais par une brusque incurvation ; le tronc du fœtus est donc obligé, à ce moment de l'accouchement, de subir une courbure à angle très marqué ; cette inflexion fœtale s'effectue avec de grandes difficultés dans le siège décomplète, car les deux membres inférieurs, relevés en attelles et appliqués sur la face ventrale du fœtus, transforment le tronc fœtal en un tout rigide, peu préparé aux inflexions latérales (Bar, Tarnier).

Ainsi donc, au cours de l'accouchement par les fesses, il pourra y avoir dystocie :

1° Soit au moment de l'engagement au niveau du détroit supérieur, par défaut de tassement, d'accommodation du siège, par étroitesse du bassin, ou aussi par mauvaise orientation de la présentation qui ne se présente pas d'aplomb au détroit supérieur, comme dans le cas de mobilité utérine excessive ;

2° Soit au niveau du détroit inférieur, par défaut d'incurvation du fœtus, dont le siège vient alors buter

sur le périnée maternel, sans s'orienter suffisamment en avant.

Il apparaît donc comme logique et de bonne précaution de chercher, en abaissant un pied dès le début, à avoir un tracteur qui permettra soit d'engager, soit de dégager le siège, le cas échéant.

Examinons,cependant, de manière plus attentive, les différents temps de l'accouchement par le siège, mode des fesses. Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que la présentation, le siège.

En réalité, un tel accouchement comporte, ainsi que l'a fait remarquer P. Dubois, trois accouchements successifs: celui du siège, celui des épaules, et celui de la tête qui vient dernière. La sortie du siège ne doit donc pas seule préoccuper l'accoucheur; mais il convient, avant tout, de ne pas perdre de vue cette notion capitale que, dans l'accouchement par le siège, celui-ci, qu'on pourrait appeler la première tête, est de volume moindre que les épaules (deuxième tête), qui, elles-mêmes, sont moins grosses que l'extrémité céphalique (troisième tête); les difficultés, dans l'extraction du siège, vont donc toujours en augmentant, et elles seront d'autant plus graves, que l'écart sera plus grand entre les volumes des trois têtes successives ; ainsi, les manœuvres que l'on pratique sur le siège décomplété ont leur retentissement plus haut, et l'abaissement prophylactique d'un pied a le gros inconvénient de diminuer le volume de la première tête — siège, et d'amoindrir

le rôle bienfaisant qu'exerce l'extrémité pelvienne sur la dilatation du col utérin.

En effet, les mensurations faites sur les enfants par Bloc et reprises par Dubrisay dans le service de M. Bonnaire, ont montré que la circonférence passant par le thorax et les mollets relevés du fœtus (circonférence sous-scapulo-rétro-tibiale) est sensiblement égale aux circonférences de la tête dernière.

L'abaissement d'un des membres inférieurs doit donc faire présager des difficultés, lors de l'extraction de la tête dernière.

De fait, Mme Gaussel, dans son travail fait d'après les statistiques de la clinique obstétricale de Montpellier, trouve, sur 21 sièges décomplète mode des fesses, 4 cas où la manœuvre de Mauriceau offre des difficultés considérables, et, trois fois sur quatre, ces difficultés se montrèrent après un abaissement prophylactique du pied. On peut donc se demander si cette manœuvre n'a pas été pour quelque peu cause de la dystocie, en ne permettant plus à la première tête de dilater suffisamment les parties molles au devant de la tête dernière.

De même que les modifications apportées à la présentation du siège mode des fesses retentissent ou peuvent retentir sur l'extraction de la tête dernière, de même elles ne restent pas indifférentes vis-à-vis de l'extraction des épaules.

Si, en effet, l'accouchement du siège et celui des épaules sont tout à fait dissociés, ils ne sont cependant pas complètement indépendants l'un

de l'autre. L'utérus applique étroitement au-devant du tronc les membres inférieurs relevés du fœtus, et ceux-ci font un bloc, un tout avec les épaules et les membres supérieurs, comprimés entre eux et le thorax fœtal. On conçoit donc que l'abaissement d'un pied en détruisant cette cohésion, en créant un vide à ce niveau, puisse faciliter énormément le relèvement des bras, complication exceptionnelle dans l'accouchement spontané du siège.

Ainsi donc l'abaissement prophylactique du pied, dans la présentation du siège, mode des fesses, nous apparaît déjà, en retentissant sur les segments supérieurs du fœtus, comme susceptible de créer de sérieuses difficultés au moment de l'extraction des épaules ou de la tête dernière. Cette manœuvre peut offrir d'autres inconvénients :

a) Tout d'abord on peut, au cours de son exécution, rencontrer des obstacles, parfois insurmontables, du fait de circonstances spéciales.

Nous n'insisterons pas sur l'étroitesse des parties génitales, due le plus souvent à la primiparité, et qui gêne l'introduction suffisamment haute de la main ; nous avons vu, en étudiant la technique, que l'épisiotomie, simple ou double, exécutée comme temps prémonitoire, lève toute difficulté de cette sorte, en mettant à l'abri de déchirures périnéales souvent très étendues.

De même, un rétrécissement du bassin a pu, dans quelques cas, rendre plus difficile l'abaissement du pied.

Mais il est une autre difficulté, que l'on peut rencontrer au cours de l'abaissement prophylactique du pied, singulièrement plus redoutable : c'est la rétraction de l'anneau de Bandl. On sait que, parmi les nombreuses causes qui déterminent cet accident, figure la présentation anormale du fœtus ; la présentation du siège, exigeant une suractivité fonctionnelle de l'utérus, n'échappe pas à cette règle, et Chéron, dans sa thèse, trouve la présentation du siège dans une proportion de 8,3 o/o sur 59 cas de rétraction de l'anneau de Bandl. De toute évidence, cette complication crée, dans la manœuvre de l'abaissement du pied, un obstacle sérieux, parfois insurmontable.

Th. Smith (1) rapporte le cas d'une primipare chez laquelle la main de l'opérateur fut, à plusieurs reprises, arrêtée au niveau du creux poplité du fœtus, « par une bande résistante qui serrait tellement la main qu'elle ne put saisir le pied » ; on dut renoncer à l'intervention et, l'enfant étant mort entre temps, on fit l'extraction au crochet.

Lewis (2) rencontra lui aussi de grosses difficultés dans un cas comparable ; « vers le fond de l'utérus, les doigts rencontraient un anneau de contraction, qui passait sur le cou de l'enfant et sur les pieds, divisant ainsi l'utérus en deux segments : l'un supérieur, petit, contenant la tête et les pieds ; l'autre inférieur, plus grand, contenant le corps et les

1. Th. Smith, *Americ. Journ.*, 1882, p. 294 (*in* th. Chéron).
2. Lewis, *Americ. Journ.*, 1886, p. 33 (*in* th. Chéron).

membres... La constriction circulaire était tellement forte qu'il était difficile d'avoir une prise solide. »

b) En dehors des obstacles avec lesquels l'accoucheur peut être aux prises, en pratiquant l'abaissement prophylactique du pied, cette manœuvre en traîne parfois du côté du fœtus certains inconvénients. Assez souvent, en effet, on constate après l'abaissement du pied, un ralentissement des bruits du cœur ou d'autres signes de souffrance fœtale, qui obligent à terminer rapidement l'accouchement. Il est de toute évidence, que le contact prématuré de la main qui opère peut déterminer chez l'enfant, en réveillant son réflexe cutané, des mouvements d'inspiration réflexe. D'après Bloc, quatre fois sur sept, d'après Mme Gaussel, cinq fois sur onze, une intervention suivit l'abaissement prophylactique du pied, l'état de l'enfant nécessitant la terminaison rapide de l'accouchement, la manœuvre avait donc manqué son but, qui est d'éviter les difficultés de l'expulsion.

En résumé, l'abaissement prophylactique du pied offre, d'une part, des avantages qu'on ne saurait nier en mettant l'accoucheur à même d'agir et d'extraire rapidement un enfant, dont la vie se trouve menacée au cours de l'accouchement. Mais ce procédé présente, d'autre part, un certain nombre d'inconvénients que nous venons de passer en revue.

Aussi, cette méthode ne saurait être appliquée aveuglément à toutes les présentations du siège

décomplété, mode de fesses ; elle ne doit être réservée qu'à certains cas, où l'on prévoit des difficultés dans la progression du fœtus, mais on ne peut en faire un procédé habituel, car les statistiques font voir que, le plus souvent, l'accouchement par le siège, mode des fesses, abandonné à lui-même, se termine spontanément. La crainte que causait aux anciens accoucheurs ce mode de présentation tient à disparaître de jour en jour, surtout depuis les dernières publications, qui ont essayé de se libérer des opinions toutes faites et de mettre clairement cette question au point.

Déjà, Budin avait montré que 89 o/o des sièges décomplétés se terminaient spontanément. D'après Bloc, la mortalité fœtale du siège complet (10,5 o/o) dépasse celle du siège décomplété (7,6 o/o). Dubrisay trouve des résultats absolument comparables : 9,54 o/o pour le siège complet, contre 6,64 o/o pour le décomplété. Les chiffres de Mme Gaussel sont respectivement de 10,34 et de 9,52 o/o.

Ainsi le pronostic fœtal est absolument comparable dans les deux variétés de présentation du siège, et la légère différence qui les sépare se manifeste en faveur du mode des fesses. C'est là encore une raison à ajouter aux autres pour ne pas voir dans l'abaissement prophylactique du pied une méthode dont doivent distinctement bénéficier toutes les présentations du siège, mode des fesses, dès la dilatation complète, ainsi que Barnes, Mantel, Ollivier l'ont préconisé.

Si le fœtus n'est pas trop gros et tend à s'engager, si la femme est multipare, si les parties molles sont souples, même avec un siège décomplété, cette opération n'est pas de mise (Bar). Quand l'enfant est gros, que la femme est primipare et les parties molles résistantes, on est en droit de craindre une difficulté dans l'engagement ou la progression du fœtus, et l'abaissement prophylactique du pied peut être avantageux. Mais, ici encore, il ne sera pas loisible d'exécuter cette intervention à n'importe quel moment d'accouchement ; l'étude du temps d'élection fera l'objet du chapitre suivant.

L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED

AUX

DIFFÉRENTS TEMPS DE L'ACCOUCHEMENT DU SIÈGE

Nous venons de préciser les indications d'ordre général qui autorisent à pratiquer l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège. Il reste à examiner les conditions favorables ou défavorables que créent les différentes étapes de la progression du siège pour l'exécution de cette manœuvre.

A. — Une fois posée l'indication d'abaisser un pied, une première question se pose : doit-on ou non attendre, pour intervenir, la dilatation complète ?

Ahlfeld enseignait d'abaisser le pied dès que l'état du col permettait d'introduire suffisamment la main pour exécuter la manœuvre. C'est là une conduite qu'il convient de préconiser dans le seul cas de placenta prævia avec hémorragie.

Mais, en règle générale, on attendra la dilatation complète pour intervenir, et l'on n'agira plus tôt que si on a la main forcée par l'état de souffrance de l'enfant. On ne saurait oublier, en effet, que du

moment où on commence à intervenir sur le siège, on doit être en mesure de terminer séance tenante, si besoin est, l'extraction du fœtus. Le degré de dilatation du col ne saurait donc être négligé et demande à être soigneusement évalué avant de recourir à l'intervention.

B. — Le siège sur lequel on doit intervenir peut se trouver à un niveau différent de la filière pelvienne. Il nous faut examiner les conditions de la manœuvre suivant que l'extrémite pelvienne se trouve :

1° Au détroit supérieur ;

2° Dans l'excavation ;

3° Au détroit inférieur.

1° *Le siège est au détroit supérieur.* — C'est le temps d'élection pour pratiquer l'abaissement du pied. La manœuvre est uniquement intra-utérine, la main de l'accoucheur et le membre inférieur de l'enfant ont chacune la place nécessaire à leurs évolutions. Seuls, ainsi que nous l'avons vu, les rétrécissements du bassin et surtout la rétraction utérine peuvent créer des obstacles sérieux à l'abaissement du pied.

Si donc le siège n'est pas encore engagé, et si l'on avait une dystocie au cours de l'accouchement, l'abaissement prophylactique du pied trouve sa pleine indication. C'est la vraie manœuvre et la seule à exécuter en de telles circonstances.

2° *Le siège est dans l'excavation pelvienne.* — La question est tout autre et devient plus compliquée.

Si l'engagement du siège est peu avancé, ou si le

fœtus est petit, la main pourra refouler facilement le siège au-dessus du détroit supérieur, et l'accoucheur se trouvera dans les conditions idéales que nous venons de voir.

Il n'en est plus de même si le siège est immobilisé dans l'excavation pelvienne, du fait de son volume ou de la tonicité utérine qui interdit son refoulement.

On est en droit de se demander si, le siège du fœtus étant dans le bassin, on aura l'espace nécessaire pour mobiliser un de ses membres inférieurs et abaisser son pied, ou si l'excavation qui enserre la présentation, n'interdit pas toute manœuvre.

Les avis sont partagés. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui qu'il est très difficile, souvent même impossible, d'abaisser un pied dans de telles conditions. D'après Smellie « on ne doit pas, même si la main peut parvenir jusqu'au siège, essayer d'abaisser un pied puisque le fémur est trop long pour que l'on puisse sans le fracturer lui faire traverser le bassin dans le sens de sa longueur ».

Son opinion n'est pas celle de M. Potocki.

Il est bien exact, d'après cet auteur, de dire que la bascule du fémur doit, de toute nécessité, se faire dans le bassin, car une fois le siège du fœtus parvenu au détroit moyen, la circonférence bi-trochantérienne rencontre, en arrière, la troisième vertèbre sacrée. Mais cette bascule du fémur, à l'encontre de l'opinion admise, reste possible, ainsi qu'il ressort des mensurations du segment fémoral de diffé-

rents fœtus. On trouve, en effet, pour des fœtus de 2.500 à 3.000 grammes un segment fémoral mesurant en moyenne 10 cm. 8, longueur qui s'élève jusqu'à 11 cm. 2 chez les enfants de 3.500 à 4.000 gr. Ces dimensions ne dépassent pas celles des grands diamètres de l'excavation ; la bascule est donc possible.

A ces mensurations, M. Bonnaire a objecté que ce n'est pas le segment fémoral fémoro-pelvien qu'il faut considérer. Mesurant alors la longueur qui sépare la région rétro-fessière de la rotule, il trouve 11 cent. 3 pour les enfants de 2.000 à 3.000 grammes et 12 cent. 8 pour les enfants de 3.000 à 4.000 gr. La bascule deviendrait donc impossible du moment où le fœtus dépasse 3 kilogrammes.

A ces considérations uniquement théoriques, que répond la clinique ?

M. Potocki obtint de bons résultats dans 29 cas, sur lesquels il s'appuie pour préconiser la manœuvre, même si le siège est franchement descendu dans l'excavation. De même, pour M. Lepage, il est toujours possible, en obtenant une résolution musculaire à l'aide du chloroforme, d'atteindre le pied du fœtus.

Contrairement à ces opinions, Budin, Maygrier pensent que la réussite n'est pas constante ; Porak n'obtint que de mauvais résultats en pratiquant l'abaissement prophylactique du pied ; d'après M. Levret, la manœuvre doit forcément échouer quand l'engagement est profond et le fœtus volumi-

neux : le siège est absolument enclavé, et il est impossible de déplacer la cuisse dans un sens ou dans l'autre. Hauvuy, sur 14 observations, rapporte 2 cas où la méthode de Pinard-Mantel n'a pas réussi. M. Bonnaire insiste sur les dangers, que pourrait faire courir à la mère et à l'enfant l'abaissement du pied exécuté dans ces conditions.

En résumé, l'abaissement du pied sur un siège profondément engagé n'est pas toujours possible. En réalité, comme l'a montré Maygrier, dans la plupart des cas où on réussit, c'est que l'introduction de la main a repoussé le siège et que l'abaissement est devenu praticable parce que fait au détroit supérieur. C'est donc en présence d'une multipare, avec un utérus souple et un fœtus petit, qu'on est en droit de tenter l'abaissement du pied, quand le siège est dans l'excavation.

Par contre, chez les primipares, ou en présence d'un enfant gros, d'un utérus rétracté, le résultat de la manœuvre est des plus incertains. Il est donc de bonne pratique, dans de tels cas, de l'abandonner et de recourir aux lacs ou au forceps, suivant l'orientation de la présentation.

3° *Le siège est au détroit inférieur.* — On a encore discuté pour savoir si, une fois le siège arrivé au détroit inférieur, l'abaissement du pied était possible. A ce moment de l'accouchement le genou est au niveau ou à peu de distance du détroit supérieur (Potocki) ; ce n'est donc plus le segment fémoral du

fœtus, mais le segment jambier qui doit basculer à l'intérieur de l'excavation pelvienne.

Les mensurations montrent que cette évolution, possible pour des fœtus au-dessous de 3000 grammes, devient irréalisable pour des enfants plus gros, et la manœuvre de Pinard-Mantel trouve donc ici, théoriquement, des indications aussi réduites que dans le cas précédent.

Pratiquement elles le sont plus encore. Le siège, arrivé à la vulve, n'a plus besoin de tracteur pour être tiré au dehors : les deux plis inguinaux présentent aux doigts de l'accoucheur des points d'appui suffisants, les aines sont facilement accessibles si l'on a soin de s'aider des contractions utérines et d'une expression abdominale bien exécutée ; c'est donc aux tractions inguinales qu'il faut avoir recours dans la dystocie du siège décomplété au niveau du détroit inférieur.

STATISTIQUES ET OBSERVATIONS

Il nous reste maintenant à rapporter les observations d'abaissement prophylactique du pied, que nous avons pu réunir d'après les statistiques de la Clinique Tarnier, depuis l'année 1910.

Auparavant, nous donnerons les statistiques de quelques autres auteurs.

1° *Statistique de Hauvay.* — Faite à la Clinique obstétricale de Lyon.

Sur 1.000 accouchements, cet auteur trouve 120 observations complètes de présentation du siège décomplété, mode des fesses. On fut obligé d'intervenir dans 40 o/o de cas. Vingt et une fois on fit l'abaissement du pied; six fois on dut terminer rapidement l'extraction de l'enfant; deux fois, il y eut fracture du fémur, une fois laxité de l'articulation du genou. Enfin, dans plusieurs observations, on note que la manœuvre Pinard-Martel fut impossible à exécuter.

2° *Statistique de Bloc.* — Elle s'étend de 1886 à 1897. Sur 14.307 accouchements, l'auteur a retenu 175 cas de siège décomplété (enfants au-dessus de 2.000 grammes), contre 135 sièges complets. Sur

100 primipares, quatre-vingt neuf fois le siège décomplété se termina spontanément ; sur 75 multipares, soixante-huit fois l'expulsion eut lieu sans intervention. Chez les primipares, on trouve 9 abaissements prophylactiques du pied, dont 6 furent suivis d'extraction d'enfant ; deux enfants moururent peu de temps après la naissance. Deux fois la manœuvre de Pinard fut impossible.

Chez les multipares, on trouve cinq abaissements du pied, dont un seul fut suivi d'extraction immédiate. Tous les enfants survécurent.

3° *Statistique de M^me^ Gaussel.* — Cette statistique porte sur les accouchements survenus dans une période de dix ans à la Clinique obstétricale de Montpellier. L'auteur n'a retenu que les cas d'enfants pesant au moins 2.000 grammes. On trouva 32 sièges complets et 21 décomplétés, mode des fesses. La terminaison spontanée fut observée dans 76 o/o des cas pour les premiers, dans 57 o/o pour les seconds.

La mortalité fœtale fut sensiblement la même dans les deux variétés.

Il y eut 11 abaissements du pied, suivis cinq fois d'intervention pour extraire l'enfant.

4° *Statistique de la clinique Tarnier.* — Durant ces cinq dernières années (1910, juin 1915) il y eut 441 présentations du siège, dont 248 sièges complets et 193 sièges décomplétés. On pratiqua l'abaissement du pied dans 8 cas, ce qui donne une proportion de 5,18 o/o. Dans 3 cas, l'enfant naquit mort ; une fois il s'agissait d'un macéré (obs. II), les deux autres

morts s'expliquent par une procidence du cordon (obs. V) et par un placenta prævia (obs. VIII).

Dans 4 cas (obs. II, III, IV, V) l'abaissement du pied fut suivi de l'extraction immédiate de l'enfant.

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE TARNIER

OBSERVATION I

Femme de vingt-neuf ans, II-pare. Atteinte de boiterie. Entre à la clinique Tarnier en février 1910, pour excès de liquide et lésion cardiaque.

Les dernières règles remontent au mois de juillet 1909 ; il s'agit donc d'une grossesse de sept mois au moment de l'entrée. Depuis un mois le ventre a pris des proportions considérables, tandis que survenait une gêne respiratoire considérable.

Examen. — Femme de petite taille, présente une luxation congénitale double. La pointe du cœur est abaissée ; souffle extra-cardiaque dans la région précordiale. Bon état général.

Hauteur utérine : 44 centimètres. Périmètre au niveau de l'ombilic : 89 centimètres.

Excès de liquide.

Au palper, on trouve une tête dans la corne gauche, un siège au-dessus du pubis et, en avant, une deuxième tête, probable, dans la fosse iliaque gauche.

Bassin peu touché, promontoire accessible au loin ; on atteint surtout la partie haute du sacrum. Le bi-ischiatique est large, le périnée peu tendu, ayant été déchiré lors du premier accouchement.

Entre en travail en avril, donc à terme. Après une nuit de travail, on constate qu'il s'agit d'un siège décomplété mode des genoux très élevé, sans tendance à l'engagement. On fait l'abaissement du pied gauche, afin de faciliter l'engagement de la présentation au cas ou une partie fœtale du deuxième fœtus viendrait gêner la descente.

Deux heures après, les bruits du cœur n'étant plus perçus et la dilatation presque complète, on tire sur le pied abaissé et on extrait facilement l'enfant. Expulsion spontanée du deuxième fœtus par le sommet une demi-heure après.

Poids 2.700 grammes et 2.800 grammes.

OBSERVATION II

Femme de trente et un ans, IV-pare. Rien d'intéressant dans ses antécédents, sauf une salpingite ayant nécessité une laparotomie. La femme aurait subi l'ablation des annexes d'un côté, suivie d'une hystéropexie et de l'amputation du col.

Peu de jours après l'entrée, la femme cesse de percevoir les mouvements actifs et on n'entend plus les bruits du cœur. Il s'agit d'un siège décomplété.

Le début du travail est lent. La dilatation étant de 2 francs, on abaisse un pied sur lequel on exerce quelques tractions. Le col se laisse lentement forcer et en cinq à six minutes on extrait complètement le siège. Les épaules sont extraites sans difficultés, mais l'orifice cervical est trop petit pour laisser passer la tête ; on perfore le crâne avec les ciseaux de Blot au niveau de l'occipital. Le fœtus macéré

pesait 3.670 grammes. Le placenta, en galette, est dur, presque squirrheux.

OBSERVATION III

Femme de vingt-huit ans, VIII-pare. Les grossesses antérieures sont normales, sauf un avortement de six semaines et un accouchement prématuré à sept mois. La femme est amenée à la clinique pour hémorragies répétées et état d'anémie accentuée.

A son entrée, la femme est pâle, se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreille ; pouls à 140. L'utérus est développé comme pour une grossesse de huit mois environ. On sent la tête qui ballotte dans le fond de l'utérus. Au toucher ; on arrive directement sur le placenta à travers un col qui commence à se dilater. La femme continuant à perdre, on décide d'intervenir au bout de quelques heures. Introduction de la main droite. Col dilaté comme une grande paume. On ne sent pas de membranes, on passe à travers le placenta on saisit un pied qu'on abaisse sans difficulté. A ce moment, la femme perd une grande quantité de sang. Réactions lentes sur le pied. Extraction assez rapide d'un fœtus très pâle, vivant, pesant 2.570 grammes. Délivrance artificielle et tamponnement utéro-cervical.

OBSERVATION IV

Femme de trente-quatre ans, II-pare, sans antécédents intéressants. La femme est à terme, et entre à la clinique au

début du travail. On trouve un utérus volumineux, tendu. On sent nettement une tête qui ballotte au fond de l'utérus. Le dos est peu accessible, mais on sent de petits membres du côté droit. Bruits du cœur, bons.

Au toucher, dilatation comme 5 francs ; poche des eaux très saillante ; on n'arrive sur aucune partie fœtale nette. Rupture spontanée des membranes, la dilatation étant comme une petite paume. Deux heures après, dilatation complète ; le siège est descendu dans l'excavation, et s'est décomplété durant son engagement. Après deux heures d'efforts expulsifs, le siège, ne progressant pas, on abaisse facilement le pied antérieur, le siège étant toujours dans l'axe du détroit supérieur. Extraction d'un enfant vivant de 3.370 grammes. Déchirure du périnée.

OBSERVATION V

II-pare de vingt ans. Aucun antécédent à signaler.

Grossesse à terme. La femme arrive à la clinique en travail ; dilatation d'une petite paume ; siège, avec procidence du cordon. Après plusieurs tentatives infructueuses, on arrive, par le procédé de la sonde, à remonter le cordon au-dessus de l'anneau de Bandl. Un pied est alors abaissé. Les bruits du cœur vont en s'assourdissant. On fait l'extraction : enfant mort de 2.430 grammes. On eut de grosses difficultés pour extraire la tête dernière.

OBSERVATION VI

Femme de vingt-neuf ans, III-pare ; deux grossesses antérieures normales.

Entre à la clinique en travail ; membranes rompues ; dilatation de 5 francs, présentation du siège, mode des fesses, en droite postérieure. Le promontoire paraît très saillant. Le siège est très élevé.

Le col étant dilaté comme une grande paume, on abaisse, sous chloroforme, le pied antérieur.

Après deux heures d'efforts expulsifs, pendant lesquelles le siège était descendu au détroit inférieur, on fait l'extraction de l'enfant. L'extraction des épaules présente quelques difficultés et on est obligé d'extraire la tête en occipito-sacré. L'enfant, né en état de mort apparente, est facilement ranimé ; il présente une paralysie radiculaire droite et un enfoncement du pariétal gauche. Poids : 4.270 grammes.

OBSERVATION VII

I-pare de vingt-huit ans. Antécédents non intéressants. La grossesse a évolué normalement ; elle est actuellement à terme, et la femme est en travail à son arrivée à la clinique. Le fond utérin est à trois doigts du xiphoïde, légèrement rejeté vers la droite.

Il s'agit d'un siège mode des fesses, engagé en gauche antérieure. Au toucher, à l'arrivée : col effacé, dilaté comme

un franc, membranes rompues. La dilatation progresse normalement.

Après dix-huit heures de travail, le siège est un peu descendu, la dilatation comme une grande paume ; on abaisse le pied droit, postérieur, sans difficultés. A ce moment les bruits du cœur deviennent irréguliers et très lents, puis redeviennent normaux. Une heure après, le siège se dégage spontanément à la vulve, ainsi que le tronc et le bras antérieur ; on abaisse le bras postérieur sans difficulté ; manœuvre de Mauriceau, déchirure du périnée intéressant le sphincter. Garçon vivant du poids de 3.630 grammes. Réparation complète du périnée sans anesthésie au chloroforme.

OBSERVATION VIII

Femme de vingt-huit ans, II-pare, sans antécédents à signaler. La grossesse actuelle est à terme. La femme perd du sang depuis le début du travail. A l'examen on trouve le vagin rempli de caillots, le col est perméable, la présentation très élevée. On sent une tête qui ballotte dans le flanc droit ; on ramène le siège au détroit supérieur et on l'y maintient avec des tampons et une ceinture. La femme continue à perdre, les bruits du cœur sont mal perçus ; au bout de deux heures on décide d'intervenir. Dilatation bi-manuelle du col et abaissement d'un pied qu'on maintient par un lacs ; l'hémorragie cesse, les douleurs sont plus fréquentes, et une demi-heure après la femme expulse spontanément une fille mort-née pesant 2.370 grammes.

OBSERVATION IX

(*In* thèse Desmaroux.)

Thérèse M..., trente-six ans, multipare.

Enfance délicate. Règles régulières et non douloureuses.

Cinq grossesses antérieures.

La parturiente entre à la clinique le 24 mai 1906, à 10 heures du soir. Les douleurs ont débuté à 3 heures de l'après-midi et les membranes ont été rompues à ce moment même.

Le 25 mai, à 9 h. 30 du matin, on fait le palper, mais on ne peut sentir la tête de l'excavation ; à droite et au-dessus de l'ombilic on sent une masse dure qui paraît être le lobe céphalique. Hauteur utérine : 35 centimètres. Au toucher, on sent le col dilaté de 5 centimètres. La présentation est élevée.

En cherchant à produire son abaissement à l'aide d'une main placée sur le fond de l'utérus, on arrive à atteindre la hanche antérieure et on repère l'anus et le coccyx à gauche. En résumé, présentation du sommet droit, mode des fesses, en S. I. G. A.

A 11 heures du matin, les douleurs, espacées de cinq minutes, sont plus fortes et plus longues.

A 2 heures du soir, les douleurs semblent se ralentir.

La dilatation ne fait pas de progrès.

A 10 heures du soir, les douleurs ont complètement cessé.

26 mai. — On constate que le col est dilatable et on décide une intervention. On anesthésie la malade et on va à

la recherche du pied gauche que l'on amène en contact avec le col.

La parturiente est portée dans son lit ; six minutes après elle a des douleurs expulsives.

Les battements du cœur fœtal sont à 180.

A 11 h. 10, après cinq ou six douleurs expulsives et de légères tractions sur le pied antérieur ; la partie fœtale progresse et se dégage. On relève la traction en fixant le trochanter antérieur sous le pubis et le tronc se dégage à son tour.

Le bras postérieur est abaissé facilement; le bras antérieur, avec de grandes difficultés.

On emploie le Champetier pour l'extraction de la tête.

L'enfant naît en état d'asphyxie blanche. Il est mis dans un bain à 40 degrés.

L'enfant ne fait aucun mouvement, et ne donne aucun signe de vie.

Deux observations de présentation du siège décomplété mode des fesses, n'ayant pas nécessité d'intervention. Bons résultats.

OBSERVATION I

(Mme Gaussel, *An. d'Obstétrique.*)

Femme, âgée de vingt ans, primipare. On constate une présentation du siège décomplété mode des fesses en S.I.D.A. Grossesse de huit mois et demi environ. Bien constituée, de

taille au-dessus de la moyenne, elle ne présente aucune déformation du bassin, ni de l'utérus.

On essaie à plusieurs reprises et sans succès la version par manœuvres externes. Le 3 juin, rupture prématurée des membranes à terme. Il n'existe pas de contractions douloureuses. Le liquide amniotique est mélangé dès ce moment au méconium, qui s'échappe des voies génitales de la mère. On renonce à la version par manœuvres externes.

Les premières contractions douloureuses apparaissent vers le soir. Le col est en voie d'effacement, le siège, mode des fesses, est engagé en S.I.D.A. A 3 heures du matin, la dilatation est complète. La parturiente a des contractions énergiques et pousse bien. Le siège descend progressivement sur le périnée. L'expulsion se fait deux heures après.

L'intervention se borne à une manœuvre de Mauriceau, qui se fait sans peine, aidée par l'expression abdomino-utérine. L'enfant crie aussitôt après. Il pèse 3.950 grammes. Il faut considérer, en même temps, qu'il s'est déjà débarrassé de son méconium. Le périnée de la femme a légèrement souffert.

Suites de couches, apyrétiques.

OBSERVATION II

Femme, âgée de vingt-quatre ans, primipare. Bonne santé habituelle.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses, engagée en position S.I.D.P.

Les contractions utérines sont très énergiques et la dilatation se fait rapidement. Elle est complète à 3 heures. A ce

moment, on rompt la poche des eaux. La femme accouche d'un enfant de 3.250 grammes. On fait, comme dans la précédente observation, une simple manœuvre de Mauriceau, aidée par l'expression abdominale. La délivrance se fait sans incident.

Pas de déchirure du périnée.

Suites de couches, normales. L'enfant se porte bien.

CONCLUSIONS

L'abaissement prophylactique du pied dans les présentations du siège, est une intervention utile dans certaines circonstances.

Son éventualité ne doit être envisagée que dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

L'abaissement prophylactique du pied rencontre parfois dans son exécution des difficultés provenant de la mère : étroitesse des parties génitales chez les primipares, rétrécissement pelvien, rétraction de l'anneau de Bandl. Il peut entraîner des inconvénients (procidence du cordon, accélération des bruits du cœur), qui obligent à terminer rapidement l'extraction de l'enfant, assombrissant ainsi le pronostic fœtal.

Cette manœuvre n'est aisément exécutable que si le siège est encore ou peut être refoulé au-dessus du détroit supérieur. Elle présente alors des avantages, si le siège a peu de tendance à s'engager.

Une fois la présentation franchement descendue dans l'excavation, l'abaissement du pied doit céder le pas aux lacs ou au forceps.

Les statistiques montrent que, dans la grande

majorité des cas, l'accouchement par le siège décomplété mode de fesses se termine spontanément.

Aussi, l'abaissement prophylactique ne doit-il à aucun titre, être érigé en une méthode à appliquer à tous les cas d'accouchements par le siège décomplété mode des fesses. Il sera réservé aux primipares, accouchant d'un enfant gros, dont le siège, après la rupture des membranes, s'engage mal.

Vu : le Président de la thèse,
PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Sur le traitement du siège décomplété (Arch. gyn., 1872, t. V, p. 174).

BAR, BRINDEAU et CHAMBERLANT. — La Pratique de l'art des accouchements, t. I.

BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales, 1873.

BONNAIRE. — Semaine médicale, 1893.

BUDIN. — Cliniques obstétricales.

BAUDELOCQUE. — L'Art des accouchements, 1879.

BLOC. — Étude statistique sur la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse de Paris, 1896-1897.

CARTRON. — Conduite à tenir dans la présentation du siège decomplété mode des fesses. Thèse de Bordeaux, 1897.

CHARPENTIER. — Bull. Soc. Obs. et Gyn., 1886.

DELANNAY. — Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège. Thèse de Lille, 1890.

DELASSUS. — De l'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses (Obstétrique, 1897, p. 333).

DEMELIN. — Siège décomplété mode des fesses avec rétraction empêchant l'abaissement des pieds (Journal des praticiens, avril 1891).

GAUSSEL (M^me^). — L'Obstétrique, 1907, p. 137.

HENRIONNET. — De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1884.

LEPAGE. — Soc. d'Obs. Gyn. et Péd., juillet 1905.

MAGNE. — Du réflexe cutané respiratoire. Thèse de Paris, 1896.

MANGIAGALLI. — Ann. obstetrici., 1881, p. 283.

MANTEL. — D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège mode des fesses. Thèse de Paris, 1889.

MAYGRIER. — Traitement de la présentation du siège mode des fesses dans l'excavation (Soc. Obs. et Gyn., 1890).

MINON. — Pronostic comparé des variétés complète et décomplétée mode des fesses dans la présentation du siège. Thèse de Paris, 1903-1904.

OLLIVIER. — De l'intervention dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse de Paris, 1882.

PORAK. — Statistique à propos de la présentation du siège décomplété mode des fesses (Nouv Arch. d'Obs. et de Gyn., 1887).

POTOCKI. — De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans les présentations du siège décomplété mode des fesses (Annales Gyn. et Obs., 1893).

VAILHÉ. — Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse de Montpellier, 1897-1898.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris. — 2909-15